

RESOLUÇÃO Nº 032/2023

A Comissão Intergestores Regional da Região Sul de Saúde do Estado do Espírito Santo, constituída por meio da Resolução CIB/SUS-ES nº 219/2012 de 06/08/2012.

Considerando a Portaria GM/MS nº 1.459/2011, que institui a Rede Cegonha.

Considerando a Portaria GM/MS nº 1.020/2013, que institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde à Gestante de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência, em conformidade com a Rede Cegonha.

Considerando a Nota Técnica para organização da Rede de Atenção à Saúde com foco na Atenção Primária e Atenção Ambulatorial Especializada para a saúde da mulher na Gestação, Parto e Puerpério, da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein em parceria com o Ministério da Saúde de 2019.

Considerando o Parecer Técnico favorável emitido pela Câmara Técnica Permanente da CIR-SUL.

Considerando a pactuação realizada na 5ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestora Regional – CIR-SUL, realizada no dia 16 de junho de 2023, que assim deliberou.

RESOLVE:

Art.1º - Aprova a **Nota Técnica RAMI SUL nº 001/2023** sobre a Atenção a Gestação, Parto e Puerpério, contendo a nova Estratificação do Risco Gestacional para Região Sul e o Fluxo pactuado com os Hospitais de Referência da RAMI-SUL, em anexo.

Art.2º - Encaminhar à CIB/SUS-ES para conhecimento e homologação.

Art. 3º - Revogar as disposições em contrário.

Cachoeiro de Itapemirim, 16 de junho de 2023.

Eliédson Vicente Morini

Secretário Municipal de Mimoso do Sul - ES
Coordenador da CIR-SUL

ASSINATURA

Documento original assinado eletronicamente, conforme MP 2200-2/2001, art. 10, § 2º, por:

ELIEDSON VICENTE MORINI

CIDADÃO

assinado em 21/06/2023 13:33:05 -03:00



INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO

Documento capturado em 21/06/2023 13:33:05 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)
por KETSA REIS DOS SANTOS (AUXILIAR ADMINISTRATIVO - DT - SRSCI - SESA - GOVES)
Valor Legal: ORIGINAL | Natureza: DOCUMENTO NATO-DIGITAL

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: <https://e-docs.es.gov.br/d/2023-S8R2ZJ>



Parecer Técnico de Nº 020/2023

À COMISSÃO INTERGESTOR REGIONAL DA REGIÃO SUL DE SAÚDE DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO, constituída por meio da RESOLUÇÃO **CIB/SUS-ES Nº 219/2012** em 06/08/2012.

CONSIDERANDO ser a Câmara Técnica de caráter permanente, responsável pelo assessoramento técnico, à temas de interesse do Sistema Único de Saúde no âmbito da Região de Saúde SUL, conforme descrito em Regimento Interno da CIR SUL/ ES – 2022;

CONSIDERANDO o Nota Técnica da Rede de Atenção Materna e Infantil - RAMI-SUL nº01/2023 apresentada pela Referência Técnica da RAMI Bruna Celis Marin Lovatte;

CONSIDERANDO a 5ª Reunião Ordinária da Câmara Técnica Permanente da CIR-SUL, realizada no dia 07 de junho de 2023, quarta-feira, às 9h00, no formato online.

A Câmara Técnica da CIR-SUL **resolve**:

Emitir Parecer Técnico favorável Nota Técnica da Rede de Atenção Materna e Infantil - RAMI-SUL nº01/2023.

Cachoeiro de Itapemirim, 07 de junho de 2023.

ASSINATURAS (10)

Documento original assinado eletronicamente, conforme MP 2200-2/2001, art. 10, § 2º, por:

MAYA MOLICA PEDROTO

CIDADÃO

assinado em 15/06/2023 14:39:42 -03:00

FERNANDA INACIO CARINI

CIDADÃO

assinado em 15/06/2023 15:19:35 -03:00

SORAYA CUNHA RANGEL PIMENTEL

CIDADÃO

assinado em 15/06/2023 14:37:51 -03:00

CINTIA LEPAUS THOMAS

CIDADÃO

assinado em 15/06/2023 14:36:22 -03:00

CAMILA GUIO MARIN

CIDADÃO

assinado em 15/06/2023 16:17:17 -03:00

MARCO ANTÔNIO BAHIENSE AMARO

CIDADÃO

assinado em 15/06/2023 14:48:35 -03:00

CRISTIANE FEITOSA ALMEIDA

CIDADÃO

assinado em 15/06/2023 15:37:22 -03:00

LYDIANA GHIOTTO BETTERO

CIDADÃO

assinado em 19/06/2023 10:49:36 -03:00

TAMIRES BATISTA FERREIRA

CIDADÃO

assinado em 15/06/2023 14:30:30 -03:00

PATRICIA VICENTINI BARBOSA

CIDADÃO

assinado em 15/06/2023 16:00:21 -03:00



INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO

Documento capturado em 19/06/2023 10:49:36 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)
por KETSA REIS DOS SANTOS (AUXILIAR ADMINISTRATIVO - DT - SRSCI - SESA - GOVES)
Valor Legal: ORIGINAL | Natureza: DOCUMENTO NATO-DIGITAL

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: <https://e-docs.es.gov.br/d/2023-Q354ZT>



Nota Técnica da Rede de Atenção Materno Infantil da Região Sul Nº 01/2023

ATENÇÃO À GESTAÇÃO, PARTO E PUERPÉRIO

1. INTRODUÇÃO

Este instrumento visa registrar a construção Pactuada no Grupo Conductor Ampliado da Rede de Atenção Materno Infantil da Região Sul de Saúde – RAMI SUL, atualizado através da Resolução da Comissão Intergestora Regional – CIR-SUL nº 023/2023, consolidado como uma atualização da atenção à gestação, parto e puerpério para a região sul, em substituição à Nota Técnica da RAMI-SUL nº 001/2020 e à Nota Técnica Conjunta SESA/RAMI SUL nº 01/2016.

A Rede de Atenção Materno Infantil da Região Sul de Saúde do Estado do Espírito Santo, em consonância com a Rede Cegonha instituída nacionalmente em 2011, vem desenvolvendo ações para a construção de uma rede de cuidados que assegure à mulher e à criança o acesso a serviços e ações de planejamento reprodutivo, atenção humanizada à gravidez, parto, aborto e puerpério, bem como ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis, de forma eficiente e resolutiva, objetivando a resposta adequada e em tempo oportuno, com ênfase no enfrentamento a mortalidade materna e infantil.

Apesar das diversas iniciativas desenvolvidas em nossa região nos últimos anos, continuamos a vivenciar problemas na sistematização da assistência da gestação, parto e puerpério, desrespeitando direitos básicos de cidadania e colocando em risco a vida de mulheres e recém nascidos. Entre estes estão à segmentação e falhas de comunicação entre os diversos pontos de atenção que compõem a Rede Atenção Materna e Infantil: Unidades Básicas de Saúde, Pronto Atendimento, serviços especializados e Maternidades, além da intervenção excessiva sobre o parto. Desafios que somente com o comprometimento de todos os "atores" envolvidos conseguiremos superar.

2. PARAMETRIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

No processo de construção das Redes de Atenção à Saúde – RAS, uma das estratégias que visam ordenar o cuidado é a adoção de diretrizes específicas para direcionar os diferentes pontos de atenção e serviços em relação às condições de saúde da população organizados no território, em municípios ou regiões de saúde, sendo dividido em atenção primária, secundária e terciária.

Sob a perspectiva de otimizar os recursos, adequar o manejo clínico e organizar a assistência durante a gestação, balizamos o acesso através da estratificação de risco, para definir o nível de atenção adequado para cada gestante conforme preconizado na Portaria de Consolidação do Ministério da Saúde Nº 03, de 28 de setembro de 2017.

Em 2019 a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein - SBIBAE, o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde - CONASS e o Ministério da Saúde - MS se uniram no projeto



do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde - PROADI-SUS, o PlanificaSUS, para implantar a metodologia de Planificação da Atenção à Saúde em todo o país.

Essa planificação veio com a prerrogativa de organizar acesso ao ambulatório de Atenção Especializada, qualificando e integrando o cuidado junto ao macro processo da Atenção Primária à Saúde, possibilitando assim melhoria no acesso às Redes de Atenção à Saúde - RAS, continuidade na atenção, maior resolutividade e redução nos custos para o sistema de saúde.

Esse documento veio de encontro aos anseios da Rede de Atenção Materna e Infantil da Região Sul de Saúde do Estado que milita na direção de garantir atenção diferenciada e individualizada segundo as necessidades de saúde da mulher no período gravídico e a seus bebês. Na ausência de uma diretriz estadual a RAMI-SUL edita pela segunda vez a instrução assistencial que norteará a Região Sul de Saúde do Estado.

Para iniciar, apresentamos o delineamento da estrutura assistencial das unidades de referência no atendimento obstétrico, de urgência e emergência obstétrica e neonatal, tendo como público alvo gestantes de risco habitual e de alto risco dos 26 municípios da Região Sul de Saúde do Estado, conforme pactuações firmadas na Comissão Intergestora Regional Sul – CIR-SUL e definidas conforme segue:

RISCO GESTACIONAL	PRÉ-NATAL	MATERNIDADE DE REFERÊNCIA	MUNICÍPIOS ADSTRITOS
Risco Habitual	UBS	Hospital Infantil Francisco de Assis - HIFA	Cachoeiro de Itapemirim, Atílio Vivácqua, Jerônimo Monteiro, Mimoso do Sul, Muqui, Vargem Alta e Presidente Kennedy.
		Santa Casa Castelense	Castelo
		Hospital São José	Apiacá, Bom Jesus do Norte, São José do Calçado
		Hospital e Maternidade Menino Jesus	Itapemirim, Anchieta, Iconha, Marataízes, Piúma, Rio Novo do Sul, Alfredo Chaves
		Santa Casa de Guaçuí	Guaçuí, Alegre, Dolores do Rio Preto, Divino São Lourenço, Ibitirama, Irupi, Iúna, Muniz Freire
Alto Risco	UBS + Ambulatório Pré-Natal de Alto Risco (Municipal ou Regional) + Serviço de Medicina Fetal e/ou especializado (Quando for o caso)	Hospital Infantil Francisco de Assis - HIFA	Alegre, Alfredo Chaves, Anchieta, Apiacá, Atílio Vivácqua, Cachoeiro de Itapemirim, Bom Jesus do Norte, Castelo, Divino de São Lourenço, Dolores do Rio Preto, Guaçuí, Ibitirama, Iconha, Irupi, Itapemirim, Iúna, Jerônimo Monteiro, Marataízes, Mimoso do Sul, Muniz Freire, Muqui, Piúma, Presidente Kennedy, Rio Novo do Sul, São José do Calçado e Vargem Alta.

Figura 1: Serviços de Referência da RAMI-SUL.

A prevalência estimada no Brasil de gestantes de risco habitual é de aproximadamente 85%, enquanto a de alto risco representa de 10 a 15% do total de gestantes (Série Parâmetros SUS – Volume 1, Ministério da Saúde 2015, pág. 12). Contudo temos observado um crescimento no



quantitativo de gestantes que apresentam fatores de risco, e no Espírito Santo a Secretaria de Estado da Saúde adota o percentual de 17% para fins de cálculo assistencial das gestantes de alto risco para evitar desassistência. Dessa forma, objetiva-se o acesso equânime dos diferentes estratos da população de gestantes e recém-nascidos aos serviços de saúde.

3. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL

Os fatores de risco são condições ou aspectos biológicos, psicológicos ou sociais associados estatisticamente a maiores probabilidades futuras de morbidade ou mortalidade. Podem ser agrupados de acordo com as características individuais da mulher, seus comportamentos e estilos de vida, influência sociais e comunitárias, condições de vida e trabalho e acesso a serviços, relacionando-se com o ambiente mais amplo de natureza econômica e cultural.

A maioria desses fatores já está presente na vida da mulher. Porém, com o início da gestação, ganham em gravidade, pela maior probabilidade de evolução desfavorável, tanto para o feto como para a mãe. A vigilância dos fatores de risco gestacional deve ser contínua e sua identificação deve disparar medidas preventivas.

A estratificação de risco gestacional cumpre, antes de tudo, o objetivo de vigilância contínua sobre o desenvolvimento da gestação, identificando precocemente fatores de risco e direcionando as intervenções preventivas ou de cuidado necessárias para a proteção da mulher e feto. O outro objetivo é a atenção diferenciada de acordo com o estrato de risco, ofertando a uma gestante de alto risco mais vigilância e intensidade de cuidados se comparada à gestante de risco habitual.

O uso rotineiro dos recursos e rotinas dedicados ao alto risco para as gestantes de risco habitual não melhora a qualidade assistencial, nem seus resultados, na verdade acaba por retardar o acesso das gestantes que deles precisam.

O Caderno da Atenção Básica nº 32/2013, pág. 58, e o Manual de gestação de alto risco/2022, do Departamento de Ações Programáticas ambos do Ministério da Saúde orientam a realização do pré-natal pela equipe de Atenção Primária à Saúde (APS) e o compartilhamento do cuidado com o ambulatório especializado para o Pré-Natal de Alto Risco (PNAR) quando necessário.

Na Região Sul de Saúde do Estado do Espírito Santo a avaliação dos critérios de risco e a Estratificação do Risco Gestacional devem ser realizadas na APS, logo após a confirmação da gestação e reavaliada a cada consulta de pré-natal, por profissional médico ou enfermeiro, podendo ocorrer a qualquer momento da gestação mudança no estrato de risco a depender da evolução clínica de cada caso e ainda de ter evidenciada a necessidade de utilização de outros serviços das Redes de Atenção à Saúde – RAS.

Para direcionar a Estratificação do Risco Gestacional disponibilizamos como instrumento o formulário a seguir. Lembrando que o formulário é uma recomendação e que pode ser construído e alimentado através do registro no prontuário eletrônico.



Secretaria de Estado da Saúde
Superintendência Regional de Saúde de Cachoeiro de Itapemirim
Rede de Atenção Materno Infantil da Região Sul – RAMI SUL

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL				
RISCO GESTACIONAL	PRÉ-NATAL	PARTO	CRITÉRIO DE RISCO	Marque X
Risco Habitual Obs.: - Fatores de risco que permitem a realização do pré-natal pela equipe da APS - Reavaliação dos Critérios de Risco a cada Consulta	APS – Atenção Primária à Saúde	Maternidade de risco habitual	Características de risco gestacional que não demandam Pré-Natal de Alto Risco - PNAR, mas que necessitam de maior vigilância da Atenção Primária à Saúde – APS (Assinale com "X" os Critérios de Risco Existentes)	
			Características Individuais e Condições Sociodemográficas:	
			• Idade ≥ 15 anos (≤ 14 anos vide alto risco)	
			• Idade superior a 40 anos encaminhar para alto risco se associado há outros fatores de risco	
			• Situações Ocupacionais: esforço físico, carga horária excessiva, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, estresse, etc., sem comprometimento fetal	
			• Mulher em Situação de Violência sem comprometimento fetal (Violência Física e Sexual vide Alto Risco)	
			• Situação Conjugal Insegura OU Não Aceitação da Gestação	
			• Baixa Escolaridade (< 5 anos de estudo)	
			• Etilista sem indícios de dependência	
			• Tabagista com baixo grau de dependência	
			• Uso ocasional de Drogas Ilícitas	
			• Gestante em situação de rua	
			• Altura Menor que 1,45 m (Crescimento fetal desproporcional ao tamanho da mãe vide alto risco)	
			• IMC < 19 OU > 30 a 39 kg/m ² (IMC ≥ 40kg/m ² vide alto risco)	
			• Transtorno Psiquiátrico Leve	
			História Reprodutiva Anterior:	
			• Nuliparidade OU Multiparidade (Só vai para alto risco se associado há outros fatores)	
			• Cesáreas Prévias OU Cirurgia Uterina Anterior ≥ 2 anos (cesárea com incisão longitudinal - vide alto risco)	
			• Intervalo Interpartal < 2 anos OU > 5 anos	
			Intercorrências Clínicas / Obstétricas na Gestação Atual:	
• Infecção Urinária (≥ 3 episódios, sem resposta a tratamento, vide alto risco)				
• Sífilis comprovadamente/adequadamente tratada				
• Ganho de Peso Inadequado da Gestante (Obesidade Grau III vide alto risco)				
• Anemia (com hemoglobina < 8g/dl vide alto risco)				
• Placenta Prévia, que evolui para implantação normal, observada por USG				
• Ameaça de aborto (1º Trimestre), cujo acompanhamento por USG mostra que não há mais descolamento da placenta				
• Suspeita/Diagnóstico de arbovirose (Dengue, Chikungunya, Febre Amarela, etc.) nos Grupos A e B conforme Protocolo do Ministério da Saúde, com quadro febril e/ou exantemático (Infecção por Zika Vírus vide alto risco)				

Figura 2: Estratos de Risco que devem ser manejados na APS



Secretaria de Estado da Saúde
Superintendência Regional de Saúde de Cachoeiro de Itapemirim
Rede de Atenção Materno Infantil da Região Sul – RAMI SUL

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL				
RISCO GESTACIONAL	PRÉ-NATAL	PARTO	CRITÉRIOS DE RISCO	Marque X
			Características de risco gestacional que demandam compartilhamento com o Pré-Natal de Alto Risco - PNAR	
Alto Risco	APS – Atenção Primária à Saúde + Serviço de Referência para o Pré-Natal de Alto Risco – PNAR + Serviço de Medicina Fetal (quando for o caso)	Maternidade de Alto Risco	Características Individuais e Condições Sociodemográficas:	
			• Idade ≤ 14 anos	
			• Dependência OU Uso Abusivo de Drogas Lícitas ou Ilícitas COM Comprometimento Fetal	
			• Violência Física com comprometimento fetal (sem comprometimento fetal retorno ao Risco Habitual)	
			• Violência Sexual	
			• Agravos Alimentares OU nutricionais: Obesidade Grau III (IMC ≥ 40kg/m ²), Desnutrição, Carência Nutricional Grave, Transtorno Alimentar (anorexia nervosa, bulimia nervosa, dentre outros)	
			História Reprodutiva Anterior	
			• Infertilidade Tratada	Nesses casos excepcionalmente, o médico assistente do pré-natal de alto risco, avaliando a gestação atual com 37 semanas e sem nenhuma intercorrência, pode dar alta do pré-natal de alto risco, mantendo o pré-natal de risco habitual para vincular a maternidade de referência de risco habitual.
			• Abortamento ≥ 3 episódios em sequência explicados OU inexplicados	
			• Prematuridade Extrema abaixo de 28 semanas OU menor que 1.800gr	
			• Acretismo Placentário	
			• Morte Intrauterina OU Perinatal	
			• Isoimunização Rh em gestação anterior	
			• Cesariana prévia com incisão longitudinal	
			• Síndrome Hemorrágica OU Hipertensiva com desfecho desfavorável materno OU Pré-Eclâmpsia Precoce (<34 semanas) OU Síndrome HELLP OU Eclâmpsia OU Parada Cardiorrespiratória OU admissão em UTI durante a internação ou pós parto	
			Condições Clínicas Prévias à Gestação:	
			• Doença Psiquiátrica Grave que necessite de acompanhamento com especialista (ex.: psicose grave, depressão grave, transtorno afetivo bipolar grave, tentativa de suicídio, histórico familiar de transtorno mental grave, histórico de internação psiquiátrica, depressão pós-parto grave e outras)	
			• Hipertensão Arterial Crônica	
• Doenças Genéticas Maternas				
• Antecedente de Tromboembolismo (TVP ou embolia pulmonar)				
• Cardiopatias (reumáticas, congênitas, hipertensivas, arritmias, valvulopatias, endocardites na gestação) OU Infarto Agudo do Miocárdio				
• Pneumopatias graves (asma em uso de medicamentos contínuos, DPOC, fibrose cística)				
• Nefropatias Graves (insuficiência renal, rins policísticos)				



Secretaria de Estado da Saúde
Superintendência Regional de Saúde de Cachoeiro de Itapemirim
Rede de Atenção Materno Infantil da Região Sul – RAMI SUL

Alto Risco	APS – Atenção Primária à Saúde + Serviço de Referência para o Pré-Natal de Alto Risco – PNAR + Serviço de Medicina Fetal (quando for o caso)	Maternidade de Alto Risco	Hepatopatias Graves (hepatites: autoimune, crônica, viral, tóxica, metabólica, vascular, principalmente a hepatite B e a hepatite C, os tumores hepáticos, as doenças hepatobiliares e quando o processo de cirrose já está instalado)	
			• Endocrinopatias (Diabetes mellitus, hipotireoidismo com tratamento medicamentoso e hipertireoidismo)	
			• Doenças Hematológicas (doença falciforme, púrpura trombocitopenica idiopática, talassemia, coagulopatias)	
			• Doenças Neurológicas (epilepsia, acidente vascular, paraplegia, tetraplegia e outras)	
			• Doenças Autoimunes (lúpus eritematosos, síndrome antifosfolípide, artrite reumatoide, esclerose múltipla, outras colagenases)	
			• Ginecopatias (malformações uterinas, útero bicorne, miomas intramurais com diâmetro > 5 cm ou múltiplos e miomas submucosos)	
			• Neoplasias: os de origem ginecológica OU invasores OU que estejam em tratamento OU que possam repercutir na gravidez	
			• Transplantes	
			• Cirurgia Bariátrica	
			Intercorrências Clínicas/Obstétricas na gestação Atual	
			• Doença Psiquiátrica Grave OU que possa necessitar de acompanhamento com especialista na hora do parto (ex.: psicose grave, depressão grave, transtorno afetivo bipolar grave e outras)	
			• Altura Menor que 1,45 m com crescimento fetal desproporcional ao tamanho da mãe	
			• Gestação Resultante de Estupro OU aborto legal OU que a mulher optou por não interromper a gestação OU não houve tempo hábil para a sua interrupção legal	
			• Isoimunização Rh (Vide Urgência e Emergência Obstétrica)	
			• Gestação Múltipla	
			• Hipertensão Arterial Crônica OU com alteração de proteinúria OU com alteração no USG c/Doppler OU PA >140/90mmHg desde antes de 20 semanas de Idade Gestacional – IG agravando durante o curso da gestação	
			• Diabetes Mellitus 1 e 2 (após diagnóstico laboratorial, conforme parâmetros do Ministério da Saúde) <ul style="list-style-type: none"> • glicemia de jejum ≥126 mg/dL: diabetes mellitus diagnosticado na gestação (diabetes prévio); • glicemia de jejum entre 92 mg/dL e 125 mg/dL: diabetes mellitus gestacional. 	
• Anemia Grave (hemoglobina ≤ 8g/dl) OU não responsiva a 30-60 dias de tratamento com sulfato ferroso OU anemia refrataria a tratamento (em caso de Hb ≤ 6 g/dl - vide urgência/emergência)				
• Infecção Urinária de Repetição (≥ 3 episódios sem resposta a tratamentos) OU Pielonefrite OU Cálculo renal com obstrução				
• Hemorragias da Gestação (sangramento ativo - vide urgência/emergência)				
• Colestase Gestacional (prurido gestacional, icterícia persistente)				
• Doenças Infecciosas Ativas: sífilis; toxoplasmose; rubéola; citomegalovírus; herpes simples; tuberculose; hanseníase; hepatites; HIV/AIDS				
• Suspeita/Diagnóstico de Infecção pelo Zika Vírus				



Secretaria de Estado da Saúde
Superintendência Regional de Saúde de Cachoeiro de Itapemirim
Rede de Atenção Materno Infantil da Região Sul – RAMI SUL

			• Câncer: que esteja em tratamento OU que possam repercutir na gravidez	
			• Desvio quanto ao Crescimento Uterino: CIUR, macrossomia, suspeita de CIUR por altura uterina quando não houver ecografia disponível	
			• Desvio quanto ao volume do líquido amniótico: Oligodrômio OU Polihidrômio	
			• Suspeita atual de insuficiência cervical / incompetência istmo-cervical	
			• Acretismo placentário OU placenta previa não sangrante	
			Doença Trofoblástica Gestacional (Vide Urgência e Emergência Obstétrica)	
			• Malformação fetal (fenda labial ou palatina, sindactilia, microcefalia, hipoplasia ou ausência de membro, meningomielocelo/espinha bífida, higroma cístico, onfalocele, gastrosquise, anencefalia, cardiopatia) OU arritmia cardíaca fetal (Estas condições demandam um fluxo especial composto por serviço de medicina fetal)	
Qualquer patologia clínica que repercute na gestação e/ou necessite de acompanhamento especializado (Especificar)				

Figura 3: Estrato de Risco que devem ser compartilhados com o PNAR.

INTERCORRÊNCIAS		CRITÉRIOS DE RISCO	
Urgência e Emergência Obstétrica	Nesses casos, avaliar, estabilizar e encaminhar a maternidade de referência conforme o Estrato de Risco Gestacional	Encaminhar para a maternidade conforme Estrato de Risco Gestacional	
		• Hemoglobina $\leq 8\text{g/dL}$ OU anemia associada a sinais e sintomas de gravidez, como dispneia, taquicardia, hipotensão	
		• Investigação de Prurido Gestacional/Icterícia (com suspeita de Colestase da Gravidez)	
		• Suspeita/diagnóstico de pielonefrite OU infecção ovular OU Hipertermias na ausência de sinais ou sintomas de IVAS OU outra infecção que necessite de internação hospitalar ou com repercussão sistêmica	
		• Dor abdominal intensa OU suspeita / diagnóstico de Abdome Agudo em Gestantes	
		Vômitos Incoercíveis não responsivos ao tratamento ambulatorial, com comprometimento sistêmico (hiperêmese gravídica) OU Vômitos Inexplicáveis a partir de 20 semanas de idade gestacional	
		• Trabalho de parto a termo OU Idade gestacional a partir de 41 semanas confirmadas	
		• Sinais e sintomas de abortamento em curso OU inevitável	
		• Crise hipertensiva (PAS $\geq 160\text{mmHg}$ OU PAD $\geq 110\text{mmHg}$) situação permanece após primeiros manejos	
		• Anidrômio	
• Vitalidade Fetal Alterada (Perfil Biofísico Fetal < 6 ; diástole zero em artéria umbilical; cardiotocografia com padrão não tranquilizador; ausência ou redução de movimentação fetal por mais de 12 horas, em gestação > 26 semanas), incluindo suspeita de morte fetal			
• Hipertermia (Temperatura axilar $\geq 37,8^\circ\text{C}$), na ausência de sinais ou sintomas clínicos de infecção das vias aéreas superiores.			



Secretaria de Estado da Saúde
 Superintendência Regional de Saúde de Cachoeiro de Itapemirim
 Rede de Atenção Materno Infantil da Região Sul – RAMI SUL

Urgência e Emergência Obstétrica	Nesses casos, avaliar, estabilizar e encaminhar a maternidade de referência conforme o Estrato do Risco Gestacional	Encaminhar direto para a maternidade de alto risco gestacional
		Trabalho de parto pré-termo: < 37 semanas de gestação, encaminhar direto à maternidade de alto risco
		• Síndromes Hemorrágicas (incluindo descolamento prematuro de placenta OU placenta prévia com sangramento ativo, independentemente da dilatação cervical e da idade gestacional)
		• Suspeita de TVP em Gestantes (dor no membro inferior, edema localizado e/ou varicosidade aparente)
		• Suspeita/Diagnóstico de Arbovirose nos Grupos C e D conforme Protocolo do Ministério da Saúde
		• Crise Convulsiva
		• Isoimunização RH em caso de sangramento em qualquer idade gestacional
Referências Específicas	HUCAM e Santa Casa de Misericórdia de Vitória	• Sinais premonitórios de eclampsia: anormalidades visuais (escotomas, visão turva, fotofobia), cefaleia persistente ou grave, epigastralgia ou dor intensa no hipocôndrio direito, náusea e vômito, dispneia, dor retroesternal, confusão mental
		• Eclampsia OU Síndrome de Hellp
	PAVIVIS (HUCAM)	• Gestantes com sífilis E alérgica a penicilina (para dessensibilização) OU com suspeita de neurosífilis por sinais e sintomas neurológicos ou oftalmológicos
		• Diagnóstico Ultracênográficos de Doença Trofoblástica Gestacional, encaminhar direto à referência
		• Aborto Legal (Conforme legislações Específicas) até a 12ª semana de gestação, encaminhar direto à referência
		Outras condições clínicas agudas
Em outras situações de menor gravidade a equipe do Pronto Atendimento precisa avaliar, estabilizar e prestar atendimento a gestante, evitando transferências desnecessárias.		

Figura 4: Critérios de Risco que requerem encaminhamento imediato para a maternidade de referência.



4. ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

4.1 – Acessos ao Pré-Natal

Entende o pré-natal como o acompanhamento realizado pela Equipe da Estratégia de Saúde da Família à gestante, tendo início assim que a gravidez for confirmada, de preferência antes de completar os três primeiros meses de gestação, como é preconizado dentre os 10 passos para um pré-natal de qualidade na Atenção Básica, ou seja, captação precoce (Caderno de Atenção Básica nº 32 do Ministério da Saúde/2012).

Tem como objetivo o acompanhamento das condições de saúde da gestante e do feto, a realização dos exames clínicos e laboratoriais para identificar e tratar as doenças, com resultado em tempo hábil, atendimento do companheiro, orientação através de práticas educativas, Busca Ativa, escuta qualificada, orientação e esclarecimento das dúvidas e mitos através de informações precisas e seguras, para o estabelecimento de uma relação de confiança e formação de vínculo.

O pré-natal tem como objetivo o acompanhamento da gestação, visando assegurar um parto adequado e um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais, atividades educativas e preventivas.

A assistência adequada no pré-natal, com a detecção e a intervenção precoce nas situações de risco, bem como um sistema ágil de referência hospitalar (sistema de "Vaga Sempre para gestantes e bebês") nas maternidades de referência através da vinculação da gestante são os grandes determinantes dos indicadores de saúde relacionados ao binômio, e têm o potencial de diminuir as principais causas de mortalidade materna e neonatal.

A atenção ao pré-natal tem a APS como ordenadora da assistência garantindo a realização da estratificação do risco gestacional a cada consulta e a vinculação ao ponto de atenção mais indicado. Cabe ressaltar que durante todo o percurso da gestante pela RAS, se deve manter a vinculação com a Equipe de Saúde da Família - ESF de referência do seu território e alimentar o e-SUS para informações aos indicadores de saúde.

Destaca-se que, independentemente do estrato de risco ou do ponto de atenção em que a gestante for atendida, o acolhimento com escuta qualificada é um pressuposto fundamental da assistência humanizada, baseando-se nos princípios de responsabilidade, integralidade, resolutividade e articulação com os serviços da RAS.

Na Região Sul do Estado utilizamos a divisão em dois estratos de risco gestacional: Risco Habitual e Alto Risco visando estabelecer um gradiente de necessidade do cuidado. As necessidades das mulheres que não apresentam problemas durante a gravidez são resolvidas, de maneira geral, com procedimentos simples no nível primário de assistência. Embora as mulheres que apresentam problemas possam necessitar de procedimentos mais complexos que só podem ser solucionados nos níveis: secundário e terciário, com equipe de saúde e tecnologia apropriadas.



Secretaria de Estado da Saúde
Superintendência Regional de Saúde de Cachoeiro de Itapemirim
Rede de Atenção Materno Infantil da Região Sul – RAMI SUL

A definição do nível de assistência necessário para a solução dos problemas dependerá do problema apresentado e qual intervenção será mais adequada. Como exemplo, uma gestante tabagista que não apresente complicações durante a gestação, principalmente em relação ao feto, poderá ser manejada no nível primário, por intermédio de medidas educativas que visem à cessação do hábito de fumar. Por outro lado, se essa mesma gestante desenvolve problemas como uma restrição do crescimento fetal, deverá ser assistida em um nível mais complexo de assistência.

As Equipes de ESF precisam manter um canal constante de comunicação com a Referência Técnica Municipal da RAMI-SUL ou seja, o Agente Vinculador Municipal, que por sua vez precisa estabelecer uma Rede de Atenção Materna e Infantil a nível local, envolvendo a APS, UBS, Pronto Atendimento – PA, Unidade Hospitalar de Pequeno Porte e Maternidades de Referência para conseguir detectar as intercorrências, ou mesmo as necessidades de atenção diferenciadas das gestantes e intervir eficaz e sistemicamente.

Nas situações estratificadas como Alto Risco, deve-se prontamente realizar o compartilhamento da gestante com o serviço de referência para o Pré-Natal de Alto Risco - PNAR. Importante frisar que, em momento algum a gestante deixa de ser assistida pela equipe da APS, mas, em um serviço especializado, a gestante com estrato de alto risco terá acesso a uma condução clínica diferenciada, podendo ser primordial ao desfecho positivo da gestação. Além do compartilhamento com o PNAR, a gestante deve ser referenciada à maternidade de alto risco, que oferece o aparato necessário ao parto, ao nascimento e à assistência neonatal adequada.

Uma das estratégias que a APS deve utilizar para melhorar a vinculação da gestante ao seu ponto de atenção hospitalar, conforme o seu estrato de risco gestacional é a visita à sua maternidade referência preconizado na Portaria de Consolidação nº 03/2017. Os hospitais da referência da Rede disponibilizam datas pré-determinadas e as equipes de ESF precisam estimular essa prática. Para resguardar os profissionais quanto à orientação da visita recomendamos o preenchimento do formulário do Anexo I, recolhendo a assinatura da gestante. O Formulário também deverá ser preenchido em caso de recusa da gestante em acessar esse direito.

Para garantir uma melhor interlocução entre os atores da Rede, inserimos nesta Nota Técnica o Anexo II – Formulário de Encaminhamento, como recomendação para o encaminhamento da gestante, a partir de 36 semanas de gestação, das ESF à Referência Técnica Municipal da Rede / Agente Vinculadora Municipal. Este mesmo encaminhamento deverá ser utilizado para o encaminhamento da gestante das ESF para o Pré-Natal de Alto Risco, ou para a maternidade em alguma situação de urgência, emergência ou para o parto.

A Referência Técnica Municipal da Rede / Agente Vinculadora Municipal deve fazer o copilado com as informações do Anexo II de todas as ESF e elaborar o Mapa de Vinculação da Gestante conforme Anexo III, para dar ciência semanalmente a Agente Vinculadora Institucional das maternidades de referência quais possíveis gestantes poderão precisar de atendimento. Sendo necessária a atualização semanal do Mapa de Vinculação, retirando da lista as gestantes que já realizaram o parto.



4.1 Fluxos Assistencial

Antes de mais nada devemos garantir os “dez passos para o pré-natal de qualidade”, conforme recomenda o Ministério da Saúde.

10 PASSOS para o Pré-Natal de Qualidade
<ol style="list-style-type: none">1. Iniciar o pré-natal na Atenção Primária à Saúde até a 12ª semana de gestação (captação precoce) para atender ao Indicador do Previner Brasil.2. Garantir os recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal.3. Toda gestante deve ter assegurada a solicitação, a realização e a avaliação em tempo oportuno do resultado dos exames preconizados no atendimento pré-natal, e o registro no e-SUS dos resultados dos exames de 1º trimestre até a 20ª semana de gestação para garantir o recebimento dos recursos.4. Promover a escuta ativa da gestante e de seus acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais e não somente um cuidado biológico, introduzir ações como “rodas de conversas com gestantes”.5. Garantir o transporte público gratuito da gestante para o atendimento pré-natal e para a maternidade, quando necessário.6. É direito do parceiro ser cuidado (realização de consultas, exames e ter acesso a informações) antes, durante e depois da gestação: “pré-natal do parceiro”7. Garantir o acesso à unidade de referência especializada, caso seja necessário.8. Estimular e informar sobre os benefícios do parto fisiológico, incluindo a elaboração do plano de parto.9. Toda gestante tem direito de conhecer e visitar previamente o serviço de saúde no qual irá dar à luz (vinculação à maternidade).10. As mulheres devem conhecer e exercer os direitos garantidos por lei no período gravídico-puerperal.

Figura 5: Os dez passos para o pré-natal de qualidade segundo o Ministério da Saúde.

As principais diretrizes foram definidas na Portaria da Rede Cegonha, publicada inicialmente em 2011 e aprimorada continuamente desde então.

4.2 Capitação e Confirmação da Gestação

A Capitação Precoce da gestante pode ocorrer através de demanda espontânea ou Busca Ativa pela Estratégia de Saúde da Família – ESF do território de referência, das mulheres com suspeita ou confirmação de gestação.

O acolhimento deve ser feito imediatamente após a confirmação, por qualquer profissional da equipe.

- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação.
- Verificar e/ou realizar o cadastramento das gestantes no e-SUS.
- Iniciar o preenchimento do Cartão da Gestante (preenchimento do extrato de risco à lápis).
- Encaminhar as gestantes para a consulta e tratamento odontológico.
- Identificar situações de vulnerabilidade socioeconômica e familiar.

Figura 6: Ações imediatas após a confirmação da gestação



Nas situações em que o diagnóstico de gravidez for descartado, deve ser feita a avaliação da mulher acerca de suas queixas de atraso menstrual ou outras queixas, com as devidas condutas e orientações, inclusive de Planejamento Familiar e Reprodutivo.

4.3 Primeira Avaliação

A primeira avaliação ou primeira consulta da gestante deve ser integrada e abranger avaliação clínica, exames complementares, identificação e investigação de fatores de risco, podendo ser executado por médico ou enfermeiro.

É assegurado a gestante o direito de levar um acompanhante de sua escolha nas consultas (companheiro, mãe, amiga ou outra pessoa). Sabe-se que a presença do pai (companheiro ou parceiro) na primeira consulta traz significativo diferencial qualitativo a esse atendimento.

A primeira avaliação completa-se com a estratificação do risco gestacional conforme Figurar 1 e 2, direcionando o acompanhamento do pré-natal, conforme Figura 7.

Estrato de risco	Pré-natal	Foco
Habitual	Pela equipe da APS*	<ul style="list-style-type: none">• Bem-estar da gestante, do bebê e de sua família• Ações de promoção e prevenção de fatores de risco oportunistas• Fortalecimento da capacidade de auto cuidado• Fortalecimento do apoio socio familiar• Mitigação dos fatores de risco• Ações de prevenção de agravos decorrentes dos fatores de risco
Alto Risco	Compartilhado entre as equipes da APS e da AAE	<ul style="list-style-type: none">• Estabilização clínica• Vigilância para detecção precoce de agravos decorrentes dos fatores de risco e morbidades identificadas• Fortalecimento da capacidade de auto cuidado• Fortalecimento do apoio sociofamiliar• Suporte direto à gestante e à sua família

Figura 7.O foco dos cuidados no pré-natal

*Com apoio da equipe da AAE, quando necessário.

APS: Atenção Primária à Saúde; AAE: Atenção Ambulatorial Especializada.

Deve ser realizada a reavaliação da Estratificação do Risco Gestacional a cada consulta, e quando necessário realizado o compartilhamento do cuidado com o pré-natal de alto risco ou com a maternidade de referência em caso de urgência/emergência obstétrica.

O enfermeiro e o médico da equipe devem se alternar nas consultas subsequentes, mas com a atenção para uma gestão integrada do cuidado. A atuação interdisciplinar é favorecida pela discussão de casos, pelo apoio recíproco nas ações de cuidado e pelo planejamento das intervenções.

A exigência mínima para o Indicador do Previne Brasil é de seis consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação. Mas o ideal é uma linha de cuidado conforme apresentado na Figura 8.



Cuidado	Recomendado
Pré-natal	<ul style="list-style-type: none">• Atendimentos mensais até a 28ª semana;• Atendimentos quinzenais da 28ª até a 36ª semana;• Atendimentos semanais da 36ª semana até o parto e nascimento.
Puerpério	<ul style="list-style-type: none">• Primeira consulta: até o 7º dia pós-parto;• Segunda consulta: entre o 30º e 40º dias pós-parto.

Figura 8. Parametrização para a distribuição dos atendimentos durante gestação e puerpério.

4.4 Atenção especial à Toxoplasmose e à Sífilis

A Rede de Atenção Materna e Infantil da Região Sul orienta uma especial atenção às Doenças Infecciosas, como a Toxoplasmose e as Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST de forma geral, mas principalmente a Sífilis, que vêm apresentando um crescimento preocupante em nossa região.

No caso da toxoplasmose é necessária uma vigilância permanente nas gestantes que nunca tiveram contacto com o toxoplasma (sorologia da toxoplasmose - IgG negativo e IgM negativo), pois a grávida não está imune à toxoplasmose. Neste caso, a mulher deve efetuar o rastreio sorológico em cada trimestre da gravidez e deve tomar cuidados especiais para prevenir a infecção na gravidez. E em caso de infecção durante a gestação a intervenção precisa ser imediata, recomendamos seguir o fluxo pactuado no Estado, e em caso de dúvida entrar em contato imediatamente com a referência técnica municipal ou regional para alinhamento quanto ao tratamento.

No caso da Sífilis o Ministério da Saúde incluiu a partir de 2015 rastreio de gestantes através do teste rápido para agilizar o diagnóstico, sendo testes treponêmicos, a sua positividade já confirma a presença da infecção e autoriza o tratamento. E teste rápido positivo é recomendado o exame VDRL mensal para o controle de cura/Titulação, já que o teste rápido não negativa após tratamento.

Já em caso de teste rápido negativo, a orientação é a realização da testagem em todas as consultas de pré-natal, pois a infecção recente é a de maior risco para transmissão vertical.

Como a maioria das gestantes se apresenta assintomática e sem referir história prévia de tratamento ou conhecimento da infecção, o diagnóstico é de fase latente indeterminada. Mas como padrão a gestante só é considerada adequadamente tratada com Penicilina G Benzatina 7.200.000UI, em 3 aplicações semanais de 2.400.000UI divididas em duas injeções em cada um dos glúteos.

Estadiamento	Penicilina G Benzatina	Esquema Terapêutico	Controle de Cura (Sorologia)
Sífilis em Gestante	7.200.000UI Dividida em 3 séries de aplicações semanais	Cada Série: 02 ampolas de 1.200.000UI aplicadas uma em cada um dos glúteos	VDRL mensal

Figura 9. Esquema de tratamento para todas as gestantes com sífilis.



Para que a maternidade na hora do parto considere a gestante adequadamente tratada é indispensável que as informações das aplicações das doses estejam descritas na Caderneta da Gestante de forma clara, sugerimos que os municípios produzam um Cartão de Controle a ser grampeado na caderneta com as seguintes informações:

PRESCRIÇÃO: Penicilina G Benzatina 2.400.000UI divididas em duas injeções de 1.200.000UI aplicadas uma em cada um dos glúteos, por 3 semanas, dosagem total 7.200.000UI.	
CONTROLE DE APLICAÇÃO	
1ª Dose	Data: ____/____/____ Local: _____ Nome do Aplicador: _____
2ª Dose	Data: ____/____/____ Local: _____ Nome do Aplicador: _____
3ª Dose	Data: ____/____/____ Local: _____ Nome do Aplicador: _____

O parceiro sexual deverá ser sempre convocado pelo serviço de saúde para orientação, avaliação clínica, coleta de sorologia e tratamento. O diagnóstico de sífilis numa gestante exige a adoção de programa de acompanhamento intensivo, com ênfase no risco de reinfecção. Frente a esse ponto, recomenda-se a realização de VDRL mensal após tratamento do parceiro também.

4.5 Cuidados na Gestação

Os exames complementares de rotina da gravidez devem ser solicitados logo na primeira avaliação e nos demais trimestres conforme Figura 11. Todas as gestantes devem realizar os exames, sendo que na gestação de alto risco o plano de cuidados pode considerar a necessidade de outros exames especializados ou de um monitoramento mais frequente de determinadas situações, como controle de cura de infecções.

A gestante deve ser sempre informada sobre a finalidade dos exames para detecção de situações que podem comprometer sua saúde e a do bebê.

Todos os resultados devem ser registrados de maneira clara e precisa na Caderneta da Gestante e no e-SUS.

A situação vacinal deve ser monitorada de acordo com o calendário vacinal vigente.

São contraindicadas durante a gestação as vacinas de vírus vivos, como é o caso da tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola), varicela (catapora) e papilomavírus humano (HPV), que poderão ser aplicadas no puerpério e durante a amamentação. A vacina de febre amarela está contraindicada na gestação e durante a amamentação.

A suplementação diária oral de ferro e ácido fólico é recomendada como parte da assistência pré-natal para reduzir o risco de baixo peso no nascimento, anemia materna e deficiência de ferro.



Medicamento	Comentário
Sulfato ferroso	<ul style="list-style-type: none">• A suplementação de ferro reduzem 70% o risco de anemia materna na gestação a termo;• Dose: 60mg de ferro elementar / dia;• Período: a partir da 20ª semana de gestação ou antes a critério clínico e até 90 dias após o parto.
Ácido fólico	<ul style="list-style-type: none">• O fechamento do tubo neural se dá ao redor da 6ª semana de gestação e existem evidências de que o ácido fólico é essencial na prevenção dos defeitos de fechamento de tubo neural, como espinha bífida ou meningomielocèle;• Dose: 0,4 a 0,8mg / dia (40 gotas da solução 0,2mg/mL), para gestantes com baixo risco para defeitos de fechamento do tubo neural, e 5,0mg / dia, para gestantes com alto risco para defeitos de fechamento de tubo neural (cirurgia bariátrica; antecedentes de malformações neurológicas; uso concomitante de antagonistas de ácido fólico, como o ácido valproico, em caso de epilepsia);• Período: 1 mês antes da gravidez até a 12ª semana gestacional.

Figura10: Medicamentos no ciclo gravídico

Muitos medicamentos e fitoterápicos podem ter efeitos danosos para o feto em qualquer momento da gravidez, causando malformações congênitas (teratogênese), prejuízo para o crescimento e o desenvolvimento funcional do feto. Devem ser consultadas as recomendações para uso de medicamentos durante a gravidez.

4.6 Plano de parto

O plano de parto é um documento elaborado pela gestante sobre suas preferências, desejos e expectativas com relação ao parto e ao nascimento, incluindo alguns procedimentos dos profissionais. Normalmente, ela pode definir sobre os acompanhantes que deseja que estejam presentes; os métodos para alívio da dor; o tipo de alimentação ou bebidas que vai ingerir; a posição de expulsão do bebê; quem corta o cordão umbilical, entre outras preferências.

A gestante pode elaborar o plano durante todo o pré-natal, tendo tempo para esclarecer dúvidas, dialogar com os profissionais e ouvir a experiência de outras mulheres. Uma vez elaborado, ele deve ser impresso e entregue à equipe perinatal da maternidade de referência.

É importante a pactuação prévia com as maternidades de referência, para que ela acolham e dialoguem com as gestantes sobre as preferências expressas, levando-se em consideração as condições para uma resposta adequada, como a organização do local de assistência, as limitações (físicas e recursos) relativas à unidade, e a disponibilidade de certos métodos e técnicas.

A gestante também deve ser informada sobre a conduta em eventuais situações de risco, nas quais o plano de parto pode não ser respeitado de maneira integral.



Secretaria de Estado da Saúde
Superintendência Regional de Saúde de Cachoeiro de Itapemirim
Rede de Atenção Materno Infantil da Região Sul – RAMI SUL

Exames	QUANDO SOLICITAR				Resultado	Interpretação e Conduta
	1º Tri	2º Tri	3º Tri	Observação		
Tipagem sanguínea (ABO e Rh)	X			O fator Rh negativo indica a prevenção e o rastreamento da isoimunização materna e doença hemolítica fetal	Rh negativo	Solicitar Coombs indireto
					Rh positivo	Orientação sobre a ausência de riscos para o bebê
Coombs indireto	X			Detecta a presença de anticorpos anti-Rh (quando Rh negativo), indicando possível doença hemolítica fetal	Coombs indireto negativo	- Repetir mensalmente a partir de 24 semanas de IG - Programar junto à maternidade imunoglobulina anti-D em 28 semanas de gestação e até 72 horas pós-parto caso o bebê seja Fator RH positivo OU interrupção da gestação
					Coombs indireto positivo	Compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco
Hemograma Completo	X	X	X	A anemia gestacional está relacionada a abortamento espontâneo, parto prematuro, hemorragia durante o trabalho de parto, hipóxia, recém-nascido de baixo peso, anemia para o recém-nascido e baixa na imunidade.	Hb ≥ 11g/dL ▶ ausência de anemia	Suplementação de ferro a partir da 20ª semana de gestação OU desde o início do pré-natal a critério clínico
					Hb 8-11g/dL ▶ anemia leve à moderada	- Investigar e tratar parasitoses intestinais (Realizar Exame de Fezes para diagnóstico e novamente após tratamento para controle da cura) - Realizar tratamento e controle de cura da anemia de acordo com as diretrizes clínicas
					Hb < 8g/dL ▶ anemia grave	Compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco
Eletroforese de hemoglobina	X			A gravidez é uma situação potencialmente grave para usuárias com doença falciforme, assim como para o feto e o recém-nascido. Os efeitos na gravidez: podem ter aumento das crises dolorosas, piora do quadro de anemia, abortamento, crescimento intrauterino restrito, trabalho de parto prematuro e pré-eclâmpsia, além de complicações respiratórias e digestivas.	Hb AA ▶ padrão normal	Não há necessidade de encaminhamento ou orientações especiais
					Hb A com qualquer variante ▶ gestante sem doença falciforme	Não há necessidade de encaminhamento ao pré-natal de alto risco
					Hb AS ▶ traço falciforme	Investigar a possibilidade de o pai da criança ter o traço falciforme e orientar sobre os cuidados com o recém-nascido



Secretaria de Estado da Saúde
Superintendência Regional de Saúde de Cachoeiro de Itapemirim
Rede de Atenção Materno Infantil da Região Sul – RAMI SUL

					Hb SS, HbSC, Hb Sβ+ tal, Hb Sβ0tal ou Hb SD Punjab ▶ doença falciforme	Compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco
Glicemia de jejum	X	X	X	A hiperglicemia materna, em qualquer das formas de diabetes na gravidez, está associada a um aumento de complicações fetais e neonatais (macrossomia fetal, prematuridade, morte intrauterina, hipoglicemia e disfunção respiratória neonatal) e na gestante (hipertensão, pré-eclâmpsia, elevação de índices de cesariana)	<92mg/dL ▶ exame normal	Se história de diagnóstico de diabetes mellitus prévio à gestação: compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco Sem diagnóstico prévio de diabetes mellitus: manter o monitoramento de rotina do pré-natal, com programação dos exames subsequentes Atenção para gestantes com fatores de risco para diabetes
					92-125mg/dL ▶ exame alterado	Se história de diagnóstico de diabetes mellitus prévio à gestação: compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco Sem diagnóstico prévio de diabetes mellitus: diagnóstico de diabetes mellitus gestacional ▶ compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco
					≥126mg/dL ▶ exame alterado	Se história de diagnóstico de diabetes mellitus prévio à gestação: compartilhar o cuidado com o Pré-natal de alto risco Sem diagnóstico prévio de diabetes mellitus: diabetes mellitus com diagnóstico na gravidez ▶ compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco
Teste oral de tolerância para glicose (glicemia de jejum e 1 e 2 horas após - 75g de dextrosol) Preferencialmente entre 24 ^a e		X	X (conforme avaliação médica de necessidade)		Diagnóstico prévio de diabetes mellitus	Não realizar TOTG
					Jejum <92mg/dL e 1 hora <180mg/dL e 2 horas <153mg/dL	Se exames anteriores normais: ausência de diabetes ▶ manter o monitoramento de rotina do pré-natal, com programação dos exames subsequentes



Secretaria de Estado da Saúde
 Superintendência Regional de Saúde de Cachoeiro de Itapemirim
 Rede de Atenção Materno Infantil da Região Sul – RAMI SUL

28ª semana					Jejum 92-125mg/dL ou 1 hora ≥180mg/dL ou 2 horas ≥153- 199mg/dL	Diabetes mellitus gestacional ► compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco
					Jejum ≥126mg/dL ou 2 horas ≥200mg/dL	Diabetes mellitus com diagnóstico na gravidez ► compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco
Teste rápido para sífilis (ou outro teste treponêmico) e VDRL (ou outro teste não treponêmico)	X		X	A sífilis materna é uma doença com risco de complicações para a mulher e de transmissão vertical e repercussão importante para o feto: abortamento, baixo peso ao nascer, prematuridade, infecções congênitas e óbito perinatal	Teste rápido não reagente e VDRL não reagente	Se primeiro exame for não reagente e ausência de suspeita clínica de sífilis ou se os dois testes forem não reagentes: ausência de infecção ou período de incubação (janela imunológica) de sífilis recente ► Manter o monitoramento de rotina do pré-natal, com programação dos exames subsequentes até o momento do parto Em caso de suspeita clínica e/ou epidemiológica, solicitar nova coleta de amostra em 30 dias
					Teste rápido reagente e VDRL reagente	Se primeiro exame for reagente, coletar amostra para o segundo exame e iniciar o tratamento Se segundo exame reagente: diagnóstico de sífilis ► notificação, conclusão do tratamento, controle de cura (VDRL mensal) e programação para investigação de sífilis congênita no neonato Se segundo exame não reagente: ver combinações seguintes Avaliação da parceria sexual Consultar as diretrizes para protocolo de controle de cura e vigilância de reinfecção
					Teste rápido reagente e VDRL não reagente	Se teste rápido (primeiro exame) for reagente, coletar amostra para o segundo exame e iniciar o tratamento. Segundo exame não reagente: realizar terceiro exame (teste treponêmico com



Secretaria de Estado da Saúde
Superintendência Regional de Saúde de Cachoeiro de Itapemirim
Rede de Atenção Materno Infantil da Região Sul – RAMI SUL

						<p>metodologia diferente do primeiro). Se terceiro exame não reagente: resultado falso reagente para o primeiro o teste, sendo excluído o diagnóstico de sífilis. Se terceiro exame reagente: suspeita de sífilis recente ou de sífilis tratada, caso haja documentação de tratamento adequado. ▶ notificação, conclusão do tratamento, controle de cura (VDRL mensal) e programação para investigação de sífilis congênita no neonato. ▶ Avaliação da parceria sexual. Consultar as diretrizes para protocolo de controle de cura e vigilância de reinfecção.</p>
					VDRL reagente e teste rápido não reagente	<p>Provável falso-reagente no teste não treponêmico, principalmente nos casos em que a titulação for menor ou igual a 1:4 Se titulação > 1:4, realizar teste treponêmico com metodologia diferente do primeiro teste treponêmico realizado Avaliar resultado, história de tratamento anterior, titulação dos resultados anteriores, avaliação clínica ▶ concluir se cicatriz sorológica ou infecção aguda</p>
Teste rápido para HIV ou sorologia anti-HIV	X		X	A mulher infectada com o vírus HIV tem riscos para desenvolvimento da doença e de transmissão vertical, com repercussões para o bebê	Negativo	Manter o monitoramento de rotina do pré-natal, com programação dos exames subsequentes até o momento do parto
					Positivo	Compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco e/ou Serviços de Referência para DST/AIDS
Toxoplasmose- IgM e IgG	X	X (se IgG não reagente)	X (se IgG não reagente)		IgG positivo e IgM negativo gestante com imunidade; com doença antiga ou toxoplasmose crônica.	Não há necessidade de novas sorologias



Secretaria de Estado da Saúde
 Superintendência Regional de Saúde de Cachoeiro de Itapemirim
 Rede de Atenção Materno Infantil da Região Sul – RAMI SUL

				A toxoplasmose é uma doença que pode cursar de maneira assintomática para a gestante, mas ser transmitida verticalmente, com repercussões importantes para o bebê: restrição de crescimento intrauterino, morte fetal, prematuridade e/ou manifestações clínicas e sequelas como microftalmia, lesões oculares, microcefalia, hidrocefalia, calcificações cerebrais, pneumonite, hepatoesplenomegalia, erupção cutânea e retardo mental	IgG negativo e IgM negativo gestante suscetível	Orientar medidas de prevenção primária Manter o monitoramento de rotina do pré-natal, com programação dos exames subsequentes até o momento do parto
					IgG positivo e IgM positivo infecção aguda ou IgM residual	Solicitar teste de avides de IgG (utilizar a mesma amostra) Se alta avides e IG < 16 semanas ▶ é provável que a doença tenha sido adquirida previamente à gestação ▶ IgM residual Se baixa avides e IG < 16 semanas ▶ existe a possibilidade de a infecção ter sido na gestação Iniciar tratamento e compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco Se IG > 16 semanas (independente do teste de avides) ▶ infecção aguda ▶ iniciar tratamento e compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco Consultar as diretrizes para informações mais detalhadas sobre investigação e tratamento
Teste rápido para hepatite B ou sorologia para hepatite B (HbsAg)	X			A hepatite B tem alto potencial de morbidade da doença para mãe e o feto. Neonatos infectados têm grande probabilidade de se tornarem portadores crônicos e desenvolverem doença hepática ao longo da vida.	Negativo	Manter o monitoramento de rotina do pré-natal, com programação dos exames subsequentes até o momento do parto Vacinação contra hepatite B
					Positivo	Compartilhar o cuidado com o Pré-natal de Alto Risco e/ou Serviços de Referência para DST/AIDS Programação, junto à maternidade de referência, da administração de Imunoglobulina e vacinação do recém-nascido imediatamente após o parto



Secretaria de Estado da Saúde
 Superintendência Regional de Saúde de Cachoeiro de Itapemirim
 Rede de Atenção Materno Infantil da Região Sul – RAMI SUL

Urina tipo 1 (urina rotina) E Urocultura	X	X	X	A infecção urinária representa risco importante de pielonefrite aguda e está fortemente relacionada à prematuridade	Proteinúria (associada às síndromes hipertensivas da gestação e a doença renal)	“Traços”: repetir o exame em 15 dias; em caso de proteinúria persistente, compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco “Traços” e hipertensão e/ou edema ou “Maciça”: ► compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco Monitorar o nível pressórico
					Piúria/bacteriúria/leucocitúria (associada à presença de processo inflamatório em qualquer ponto do trato urinário, mais comumente infecção urinária)	Solicitar urocultura e iniciar tratamento empiricamente Se urocultura positiva: ajuste do tratamento de acordo com o antibiograma, conclusão do tratamento e controle de cura Se urocultura negativa: suspender o tratamento, manter o monitoramento de rotina do pré-natal, com programação dos exames subsequentes O terceiro episódio de cistite ou o segundo episódio de pielonefrite indicam o compartilhamento do cuidado com o pré-natal de alto risco
					Cilindrúria (associada a lesão renal)	Avaliação clínica e compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco
					Hematúria	Se associada à piúria, considerar hipótese de infecção urinária e seguir conduta específica Se isolada, avaliar sangramento vaginal e repetir exame em 15 dias ► persistência da hematúria na ausência de sangramento vaginal ► compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco
Citopatológico do colo uterino (Papanicolau)	X			A coleta do Papanicolau está indicada para as mulheres acima de 25 anos, de acordo com o protocolo de rastreamento do câncer de colo de útero. Pode ser realizado durante toda a gestação, mas, preferencialmente deve ser coletado na primeira avaliação do pré-natal. Se forem identificadas alterações, dar prosseguimento à propedêutica. Caso haja confirmação de lesão cancerígena, avaliar tratamento com a equipe oncológica.		



Secretaria de Estado da Saúde
 Superintendência Regional de Saúde de Cachoeiro de Itapemirim
 Rede de Atenção Materno Infantil da Região Sul – RAMI SUL

Ultrassonografia obstétrica	X	Gestação de Risco Habitual	<p>O ideal é realizar os dois exames:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar o primeiro exame entre a 11^a e a 13^a semanas, para datação, avaliação de alteração cromossômica e translucência nucal (acúmulo excessivo de fluido na nuca do feto) USG Obstétrica; e - Realizar o segundo exame entre a 20^a e a 24^a semanas, para datação com menos erro, para verificar anatomia e desenvolvimento do feto e para diagnosticar e avaliar possíveis doenças, inclusive genéticas (Morfológico). <p>► Caso seja possível apenas um exame, preferir realizar no segundo trimestre.</p>
		Gestação de Alto Risco	<p>Acrescentar, conforme avaliação médica, um terceiro exame entre a 32^a e a 36^a semanas, para observar os vasos sanguíneos e verificar a velocidade do fluxo de sangue do cordão umbilical e da placenta, de modo que seja possível analisar alguma alteração e diagnosticar alguma doença que possa estar presente (com Doppler)</p>
Observações			
Anti-CMV IgG e IgM	Não há consenso do rastreamento de rotina do CMV no pré-natal, uma vez que o diagnóstico da doença aguda é extremamente difícil. Além disso, grande parte das infecções fetais ocorre por reativação em mulheres previamente expostas e, dessa forma, pacientes com IgG positivo não se isentam		
Anti-HCV (hepatite C)	O rastreamento para o HCV reserva-se às gestantes de risco, que são: as usuárias de drogas injetáveis, presidiárias, mulheres HIV positivas ou com parceiros HIV positivos, mulheres expostas a hemoderivados ou que receberam transfusão de sangue, bem como gestantes com alteração da função hepática, com múltiplos parceiros ou tatuadas.		
Cultura de Streptococcus	35-37 semanas, quando disponível		

Figura 11: Exames preconizados para o Pré-Natal segundo o Ministério da Saúde.



4.7 Vinculação à Maternidade

A Vinculação da Gestante à Maternidade de Referência de acordo com o seu estrato de Risco Gestacional, com o esclarecimento de que a qualquer momento, a depender de sua condição de saúde, poderá ser referenciada a outro ponto de atenção mais adequado.

O registro na Caderneta da Gestante da vinculação à maternidade de referência deve ser feito **preferencialmente a lápis** até o segundo trimestre gestacional.

4.8 Compartilhamento com o PNAR

A APS deverá compartilhar a gestante com o PNAR quando identificar fatores classificados para o alto risco mediante a utilização do formulário Anexo II devidamente preenchido.

A gestante será regulada para o PNAR conforme normas de Regulação do Acesso vigentes.

Após o atendimento recomenda-se ao PNAR realizar Contra-referência com informações das condutas adotadas e recomendações para continuidade do cuidado na APS.

Cabe ressaltar que o acompanhamento do pré-natal é de responsabilidade da equipe de Estratégia de Saúde da Família – ESF do território de referência da gestante, independentemente de sua condição de risco e do acompanhamento no PNAR.

4.9 Longitudinalidade do cuidado

A gestante não recebe a chamada “alta do pré-natal”, ou seja, a falta de acompanhamento ambulatorial no final da gestação, pois esse é o momento com maior probabilidade de intercorrências obstétricas.

O acompanhamento da gestante deve acontecer até o momento do encaminhamento à maternidade para a realização do parto ou abortamento. E após a alta hospitalar a puérpera deve ser Contra-referenciada para a ESF de referência de seu território.

Cabe ao médico da ESF de referência responsável pelo pré-natal da gestante, o fornecimento prévio do encaminhamento ao parto a partir da 36ª semana de gestação, utilizando o formulário no Anexo II, sendo necessária a reavaliação de sua conduta nos atendimentos semanais subsequentes.

A maternidade por sua vez tem a responsabilidade de realizar a Alta Segura e Contra-referência puérpera e bebê através do Resumo de Alta à ESF do território com orientação para as ações do 5º Dia - “Primeira Semana de Saúde Integral” e atenção à puérpera com realização da consulta puerperal e fechamento do ciclo do pré-natal no e-SUS e agendamento para próxima consulta de puerpério até o 42º dia pós-parto.



4.10 Atenção ao Parto

O parto ou nascimento é o momento em que o bebê deixa o útero da mãe, finalizando o período de gestação, em um processo fisiológico. Os profissionais de saúde são coadjuvantes nesta experiência e desempenham um papel importante, devem colocar seu conhecimento a serviço do bem-estar da mulher e do bebê, reconhecendo os momentos críticos em que suas intervenções são necessárias para assegurar a saúde de ambos, podem minimizar a dor, dar conforto, esclarecer, orientar, enfim, ajudar a parir e a nascer.

O período após o parto, chamado puerpério ou período inicial da maternidade, é o momento em que ocorrem intensas modificações físicas e psicológicas na mulher num curto espaço de tempo. Essas modificações contribuem para aumentar a insegurança da mãe em relação aos cuidados necessários para garantir a saúde do bebê e dela própria. Tanto a Maternidade, quanto a Atenção Primária à Saúde – APS precisam atuar de forma eficiente para auxiliar na adaptação com o bebê e na recuperação do pós-parto. Essas ações são preconizadas no Caderno de Atenção Básica nº 32 do Ministério da Saúde/2012.

As maternidades de referências devem atuar no sentido de garantir um atendimento humanizado, com acolhimento e classificação dos riscos e vulnerabilidades, acolhimento do Plano de Cuidados, realização do parto através do Partograma, garantirem a presença de um acompanhante de livre escolha durante toda a permanência da mulher na maternidade, inclusive na realização de parto cesáreo, orientar e apoiar o aleitamento materno, citando algumas das obrigações preconizadas pelo Ministério da Saúde presentes na Portaria de Consolidação Nº 03/2017.

Ainda em relação as responsabilidades da maternidade de referência precisamos citar a importância da articulação junto ao município sede para a realização da imunização da Hepatite B e BCG no bebê ainda antes da alta hospitalar; garantir a realização das Testagens Neonatais Universais - TNU de responsabilidade da maternidade, Teste do Olhinho, da Linguinha, do Coraçãozinho e da Orelhinha também antes da alta hospitalar, tendo em vista que não é possível realizar esses testes nos municípios, pois não existe serviço contratualizado para esse fim, pois é de responsabilidade da maternidade que fez o parto; registro de todos os dados do parto, nascimento, imunização e TNU na Caderneta da Criança, sendo estes instrumentos indispensáveis para a longitudinalidade do cuidado com essa criança

Para garantir a continuidade da assistência a puérpera e ao recém-nascido – RN no pós-parto, a maternidade desempenhada um papel fundamental através da realização da Contrarreferência, o encaminhamento à equipe de referência da APS no momento da alta hospitalar, através da "Alta Segura", contendo todas as informações relevantes, exames realizados e intercorrências ocorridas. Dessa forma os profissionais da APS podem se utilizar desse instrumento para nortear as ações sequenciais, reconhecendo as condições de saúde, os riscos e as vulnerabilidades física, psíquica e social, podendo se utilizar dos recursos das Redes de Atenção à Saúde – RAS e os recursos intersetorial para lidar de forma integral com esse público, garantindo o fortalecimento desse vínculo.



5. ATENDIMENTO ÀS INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS OBSTÉTRICAS

A gestação é um processo fisiológico e pode se desenvolver dentro da normalidade, contudo, podem ocorrer eventos como o aborto ou agravo de doenças pré-existentes e levar a mulher a uma condição de risco potencial de adoecimento ou morte. Mesmo durante o processo de parto e puerpério esses riscos continuam evidenciados, eventos agudos são chamados de Intercorrências Clínicas Obstétricas, podendo ocorrer de forma gradual ou repentina, previsível ou não, em qualquer momento do período gestacional.

As Intercorrências Clínicas Obstétricas, na maioria das vezes podem e devem ser tratadas a nível ambulatorial. Mas, ocorrem situações que por não tratamento, tratamento inadequado ou falta de resposta imunológica ao tratamento ambulatorial, algumas gestantes necessitem de atendimento hospitalar para avaliar, tratar, estabilizar ou controlar algum quadro clínico específico de urgência ou emergência, por complicações, por exemplo, da diabetes, hipertensão, sangramentos, infecções urinárias, etc.

Essas intercorrências que necessitam de internação na modalidade hospitalar, para tratamentos que requerem acesso venoso, controle laboratorial e exames de imagem, não podem ser negligenciadas, principalmente se tratando das gestantes com estrato de alto risco, independente do motivo que a levaram a essa condição.

Nesses casos, as gestantes devem ser atendidas no serviço de saúde municipal ou Pronto Atendimento e devidamente tratadas, quando diagnóstico de situações clínicas passíveis de tratamento nesses serviços.

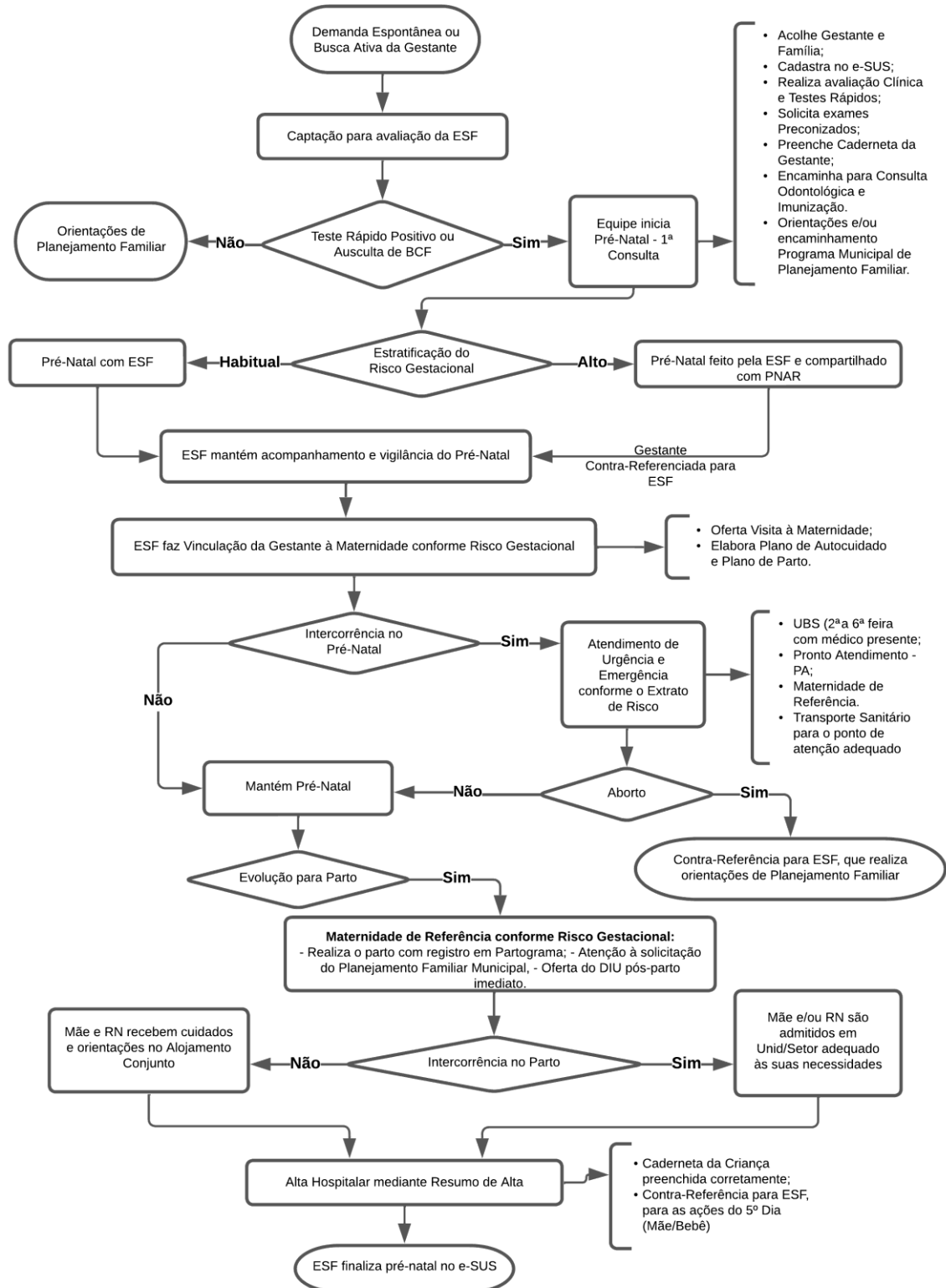
Em casos específicos quando a urgência for obstétrica encaminhar para a maternidade de referência conforme seu estrato de risco, por meio da Guia de Referência através do formulário do Anexo II devidamente preenchido. Após alta hospitalar ser encaminhada, mediante Guia de Contra Referência através do Resumo de Alta, também devidamente preenchido, para a ESF de referência do território, objetivando o monitoramento com maior frequência de consultas, favorecendo, assim, o controle e prevenção de novas complicações.

A Gestante em situação de urgência ou emergência muitas vezes busca o primeiro ponto de atenção por conta própria, quer seja a UBS, PA ou HPP, porém é responsabilidade do município, PA ou HPP transportar a gestante por transporte sanitário ou ambulância para o ponto de atendimento mais adequado, e em caso de necessidade de encaminhamento direto a maternidade, precisam estar atentos ao encaminhamento a maternidade de referência conforme o estrato de risco gestacional de cada gestante, evitando assim a demora no atendimento adequado, principalmente das gestantes de alto risco.

Para garantirmos a qualidade nos atendimentos às intercorrências obstétricas pactuamos no Grupo Condutor da RAMI SUL a notificação de qualquer desassistência ou constrangimento às gestantes, que devem ser encaminhadas a Referência Técnica Regional da RAMI-SUL para providências. Recomendamos que essas notificações sejam encaminhadas através do formulário do Anexo IV, formalizando e qualificando a queixa.



Fluxograma da Gestante





REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelecem diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html 17.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017_comp.html 16.

Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. 1. ed. n. 32. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 320 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. 2015. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2015. Série Parâmetros SUS – Volume 1. 1. Planejamento em saúde. 2. Parâmetros Assistenciais. 3. Avaliação em Saúde. 4. Gestão em Saúde. 5. Indicadores de Saúde. 6. Indicadores de Gestão.

Brasil. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein - SBIBAE, Conselho Nacional dos Secretários de Saúde - CONASS e Ministério da Saúde – MS. Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde - PROADI-SUS/PlanificaSUS. Nota Técnica para Organização da Rede de Atenção à Saúde com foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada – Saúde da Mulher na Gestação, Parto E Puerpério. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Manual de gestação de alto risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022.



ANEXO I

TERMO DE CONHECIMENTO E ADESÃO

A Lei Federal nº 11.340/2007, garante a gestante o direito de ser informada anteriormente, pela equipe do pré-natal, sobre qual a maternidade de referência para seu parto e de visitar o serviço antes do parto.

Com o intuito de diminuir a ansiedade das futuras mães dos municípios adstritos a Região Sul do ES, comuns ao período de internação para a realização do parto, elaboramos este termo para garantir que todas as gestantes sejam informadas dos seus direitos e se manifestem a respeito da vontade ou não de realizar a visita à sua maternidade de referência, garantindo uma melhor organização das maternidades e dos gestores municipais.

A ideia é familiarizar às gestantes ao ambiente hospitalar da Maternidade, antes que o parto aconteça, por meio de visitas pré-agendadas antes do nascimento do bebê.

A visita a Maternidade de Referência permite a gestante conhecer as instalações da maternidade além de ser uma ótima oportunidade para se informar e tirar as dúvidas sobre: documentos necessários para internação, saber o que o hospital permite ou não que os pacientes levem, conhecer o trajeto para chegar à maternidade, se informar a respeito dos horários de visitas e número de visitantes, conhecer as regras da instituição quanto ao acompanhante, entre outras dúvidas ou questionamentos.

As visitas serão agendadas pelo Agente Vinculador Municipal, conforme os critérios estabelecidos pelas Maternidades de Referência e informados aos municípios por meio formal. A gestante será comunicada da data da visita com antecedência mínima de cinco dias úteis e quais as condições para o seu deslocamento até a maternidade.

.....

Eu, _____,
portadora do CPF nº _____, após a leitura e compreensão das informações acima descritas, entendo que tenho direito a conhecer com antecedência a Maternidade _____ a qual estou vinculada e diante da importância desse momento:

() confirmo minha participação e aguardo a confirmação do dia, horário e condições para a visita.

() prefiro não realizar a visita à maternidade.

Assinatura da Gestante: _____

Local: _____ Data: ____/____/____

Telefones para contato: _____

Nome do Acompanhante: _____



ANEXO II
ENCAMINHAMENTO DA GESTANTE
AGENTE VINCULADOR MUNICIPAL / PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO / MATERNIDADE

Dados de Identificação da Unidade Básica de Saúde

Município: _____ UBS: _____
Médico (a): _____
Enfermeiro (a): _____
ACS: _____
Telefones: _____

Dados de Identificação da Gestante

Nome: _____ Data de Nascimento: _____
Nome da Mãe da Gestante: _____
Escolaridade: _____ Estado Civil: _____
Ocupação: _____ Jorn.Trab/Dia: _____
Endereço Residencial: _____
Telefone: _____ Outros Contatos: _____
Cartão do SUS: _____ CPF: _____
Hist. Reprod: G () A () P () - (PN= ____ / PC= ____) Interv. Interpartal: _____
Peso Pré-Gestação: _____ Peso Atual: _____ Altura: _____ IMC: _____
Data da 1ª Consulta de Pré-Natal: _____ Idade Gestacional: _____
DUM: _____ IG: _____ DPP: _____

Estratificação do Risco Gestacional: _____

Descrever história clínica (Condições de Risco/Medicações):

Data: ____/____/____.

Responsável pelo Encaminhamento (Assinatura e Carimbo)

Obs.: Os encaminhamentos podem ser feitos de forma eletrônica.



Secretaria de Estado da Saúde
Superintendência Regional de Saúde de Cachoeiro de Itapemirim
Rede de Atenção Materno Infantil da Região Sul – RAMI SUL

ANEXO III

MAPA DE VINCULAÇÃO SEMANAL DA GESTANTE À MATERNIDADE DE REFERÊNCIA

Maternidade de Referência: _____ Data do Envio: ____/____/____

Município de Origem: _____ Agente Vinculador Municipal: _____

NOME DA GESTANTE	IDADE	ENDEREÇO	IG da 1ª USG	IG ATUAL	IG NO INÍCIO DO PRÉ NATAL	NÚMERO DE CONSULTAS (PRÉ-NATAL)	DUM	DPP	PLANEJAMENTO FAMILIAR

Obs.: Em caso de Gestante de Alto Risco, abaixo do nome escrever a condição de risco e as medicações em uso – grifados em vermelho.



ANEXO IV

NOTIFICAÇÃO DE OCORRÊNCIA

No dia ____/____/____, a gestante _____,
portadora do CPF nº _____._____._____ - ____ foi recepcionada, acolhida e classificada no
_____ (nome do Hospital) conforme abaixo
descrito:

HORÁRIO DE CHEGADA: ____h____min. HORÁRIO DO ACOLHIMENTO: ____h____min.

HORÁRIO DO ATENDIMENTO MÉDICO: ____h____min.

BREVE HISTÓRIA OBSTÉTRICA: G__P__A__ (PN= ____ / PC= ____)

DUM: ____/____/____ IG: ____sem ____ dias DPP: ____/____/____

OUTROS: _____

SITUAÇÃO/QUEIXA: _____

USO DE MEDICAMENTOS: _____

SINAIS VITAIS: PA= ____x____ mmHg FC= ____ bpm FR= ____ ipm TAX= ____ °C

BCF (bpm): _____ MF (+/-): _____ SANGRAMENTO VAGINAL (Sim/Não): _____

CONTRAÇÕES UTERINAS (Sim/Não): _____ PERDA DE LÍQUIDO (Sim/Não): _____

DOR (Sim/Não): _____ DESCRIÇÃO: _____

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO: _____

BREVE RELATO DA OCORRÊNCIA: _____

Médico (a) Plantonista: _____

Enfermeiro (a) Plantonista: _____

Data da Notificação: ____/____/____

Nome, assinatura e carimbo do Responsável pelo Registro da Notificação

RESOLUÇÃO Nº160/2023

A Comissão Intergestores Bipartite, constituída por meio da Portaria nº. 185-P, de 24 de agosto de 1993, em reunião realizada dia 27 de junho de 2023, às 14 horas, no auditório da SESA - Enseada do Suá, Vitória - ES.

Considerando a Portaria GM/MS nº 1.459/2011, que institui a Rede Cegonha.

Considerando a Portaria GM/MS nº 1.020/2013, que institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde à Gestante de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência, em conformidade com a Rede Cegonha.

Considerando a Nota Técnica para organização da Rede de Atenção à Saúde com foco na Atenção Primária e Atenção Ambulatorial Especializada para a saúde da mulher na Gestação, Parto e Puerpério, da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein em parceria com o Ministério da Saúde de 2019.

RESOLVE:

Art. 1º - Homologar a Resolução nº 032/2023 da CIR Sul, que aprova a Nota Técnica nº 001/2023 – RAMI SUL, sobre a Atenção a Gestação, Parto e Puerpério, contendo a nova Estratificação do Risco Gestacional para Região Sul e o Fluxo pactuado com os Hospitais de Referência da RAMI-SUL

Art. 2º – Esta resolução entra em vigor a partir de sua data de publicação.

Vitória (ES), 03 de julho de 2023.

MIGUEL PAULO DUARTE NETO
Secretário de Estado da Saúde
Presidente da CIB/SUS-ES

ASSINATURA

Documento original assinado eletronicamente, conforme MP 2200-2/2001, art. 10, § 2º, por:

MIGUEL PAULO DUARTE NETO
SECRETARIO DE ESTADO
SESA - SESA - GOVES
assinado em 03/07/2023 16:40:41 -03:00



INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO

Documento capturado em 03/07/2023 16:40:41 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)
por ANDREZA DEL FIUME SILVA (AUXILIAR DE SERVICOS MEDICOS - QSS - CIB - SESA - GOVES)
Valor Legal: ORIGINAL | Natureza: DOCUMENTO NATO-DIGITAL

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: <https://e-docs.es.gov.br/d/2023-B343FK>